

## Plan de atención de BH HCBS para adultos

Nombre de la persona:  
CIN de Medicaid:  
Elegibilidad para BH HCBS:

Fecha de nacimiento:  
Plan de salud y recuperación:  
ID de miembro de HARP:  
Hogar de salud principal:

Fecha de elaboración del plan de atención:

### PARTE 1: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y ENTORNO RESIDENCIAL

Proporcione el entorno y la información de contacto de la persona. Si la persona no vive en un entorno comunitario de su elección, el coordinador de atención debe ayudar a la persona a identificar un plan para mudarse al entorno de su elección y documentarlo en el plan de atención.

**Dirección residencial de la persona:**

**Número de teléfono de la persona:**

¿La dirección residencial antes provista es un entorno comunitario? Sí No

¿La persona quiere vivir en este entorno/ en esta dirección? Sí No

### PARTE 2: NARRATIVA INDIVIDUAL Y OBJETIVOS

#### A. Narrativa individual

La narrativa individual debe incluir una breve exposición de la evaluación de elegibilidad del Estado de NY, incluyendo el diagnóstico de la persona. Describa las características de la persona, sus habilidades, fortalezas y preferencias, y sus obstáculos y necesidades en materia de salud conductual. Incluya también la situación de vivienda de la persona, sus tradiciones culturales y sus relaciones sociales. Documente con claridad los roles de vida valorados por la persona.

#### B. Declaraciones de objetivo de vida de la persona

El objetivo de vida de la persona es un objetivo personalizado que se relaciona con la manera en que la persona quiere vivir, trabajar, aprender o socializar. Una persona puede tener más de un objetivo de vida. Escriba la declaración de objetivo usando el lenguaje de la persona. Los "resultados deseados" deben establecer los resultados que se lograrán en el entorno de servicio individualizado, como resultado del trabajo realizado por la persona para alcanzar el objetivo y del apoyo provisto por apoyos remunerados y no remunerados. Debe haber por lo menos un resultado previsto por cada servicio basado en el hogar y la comunidad. Colabore con la persona para establecer una fecha prevista para alcanzar los objetivos.

**Dominio de objetivo de vida:** Vivir Trabajar Aprender Socializar

**Objetivo:\***

**Resultados deseados:**

**Fecha prevista:**

### PARTE 3: EL ENTORNO DE SERVICIO INDIVIDUALIZADO

#### A. Apoyos naturales y recursos comunitarios

Escriba los apoyos naturales no remunerados y los recursos comunitarios que la persona recibirá para ayudarlo a alcanzar su objetivo de vida. Puede tratarse de familiares, amigos, vecinos, grupos de ayuda mutua o de autoayuda, centros comunitarios, comunidades religiosas, etc.

Apoyo provisto*	Nombre del proveedor	Información de contacto (Dirección, teléfono y correo electrónico)

#### B. Proveedores de salud física y conductual

Esta sección debe incluir a todos los proveedores de salud física y conductual (salud mental y consumo de sustancias) que apoyan a la persona para buscar y alcanzar su objetivo de vida, con la excepción de BH HCBS para adultos: Por lo menos debe incluir atención primaria, psiquiatría y todos los proveedores de clínicas de los Artículos 16, 28 o 31. Documentar la frecuencia y duración ayudará a integrar la atención y el tratamiento con otros proveedores.

Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia (si se conoce)	Duración (si se conoce)

\* Los elementos marcados con un asterisco (\*) son los mínimos requeridos para que el Plan de Salud y Recuperación (HARP, por sus siglas en inglés) haga una determinación de nivel de servicio para BH HCBS

**C. Otros servicios, recursos y apoyos**

Esta sección debe incluir todos los demás servicios, recursos y apoyos, ajenos a HCBS, que la persona recibe y que no se mencionaron antes. Incluya solamente a los servicios y proveedores que ayuden a buscar y alcanzar el objetivo de vida. Algunos ejemplos son el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), centros de atención sin cita, clubes psicosociales, Empleo de Apoyo En Curso e Integrado (OISE, por sus siglas en inglés), etc. También puede incluir servicios y apoyos pagados por otras agencias del Estado de NY, como el Departamento de Salud, el Departamento para la Tercera Edad, ACCES-VR, el Departamento de Trabajo, etc.

Tipo de servicio*	Nombre del proveedor

**D. Proveedor de coordinación de servicios o SDE**

Esta sección debe documentar la información sobre la agencia de gestión de atención o la organización designada por el estado (SDE, por sus siglas en inglés), y debe incluir todas las intervenciones de coordinación de atención provistas dirigidas a que la persona alcance sus objetivos de vida. Debe escribirse al menos una intervención por cada objetivo aplicable.

<b>Tipo de servicio:</b>	
<b>Proveedor de CMA/SDE:</b>	
<b>Coordinador de atención o evaluador:</b>	
<b>Información de contacto:</b>	

Objetivos del coordinador de atención	Intervenciones del coordinador de atención (Alcance)
Objetivos de salud física:	Intervenciones de salud física:
Objetivos de salud mental:	Intervenciones de salud mental:
Objetivos de consumo de sustancias:	Intervenciones de consumo de sustancias:
Objetivos de VIH/sida:	Intervenciones de VIH/sida:
Otros objetivos de gestión de atención:	Otros objetivos de gestión de atención:

**E. Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Salud Conductual (BH HCBS, por sus siglas en inglés) para adultos**

Esta sección debe incluir a todos los proveedores de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Salud Conductual. Pueden añadirse la frecuencia, duración y fecha de inicio después de recibir información adicional de los proveedores y la organización de atención administrada. Cada HCBS debe tener al menos un resultado previsto correspondiente en la Parte 2(B) de este plan.

Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia	Duración	Fecha de inicio
<b>Resultados deseados:</b>				
Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia	Duración	Fecha de inicio
<b>Resultados deseados:</b>				
Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia	Duración	Fecha de inicio
<b>Resultados deseados:</b>				

Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia	Duración	Fecha de inicio
<b>Resultados deseados:</b>				
Tipo de servicio*	Nombre del proveedor	Frecuencia	Duración	Fecha de inicio
<b>Resultados deseados:</b>				

#### PARTE 4: PROTECCIONES Y MODIFICACIONES

Para personas que viven en un entorno que es propiedad de, o controlado por, un proveedor:

¿Las opciones de la persona se han limitado o restringido de alguna manera relacionada con un riesgo identificado?

Sí      No      N/A: La persona no vive en un entorno propiedad de, o controlado por, un proveedor

*Si contestó que sí, debe adjuntar un formulario de "Modificaciones basadas en la evaluación de riesgos".*

Plan de atención de BH HCBS para adultos

#### PARTE 5: FIRMAS, ANEXOS Y DISTRIBUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

El coordinador de atención/evaluador de la SDE y la organización de atención administrada son responsables de monitorear el plan de atención. Pueden iniciarse modificaciones contactando al coordinador de atención/evaluador de SDE. El plan de atención debe ser revisado al menos cada año, y siempre que a la persona le ocurra un evento significativo en su vida.

##### A. Firmas

*El plan de atención (y/o el ISP adjunto) debe ser firmado por la persona que recibe los servicios, por su tutor legal (si lo tiene), por el coordinador de atención y por todos los proveedores de salud conductual para adultos de HCBS.*

Nombre	Puesto/Función	Firma	Fecha
	Persona que recibe servicios		[MM/DD/AA]
	Tutor legal, si lo tiene		[MM/DD/AA]
	Coordinador de atención		[MM/DD/AA]
			[MM/DD/AA]

##### B. Anexos al plan de atención

*Indique a continuación qué formularios adicionales se adjuntan a este plan de atención.*

Plan de prevención de crisis (obligatorio)

Plan de respaldo (obligatorio)

Plan de servicio individualizado de BH HCBS

Modificaciones basadas en la evaluación de riesgos (obligatoria si la respuesta a la Parte 4 es "sí")

Otro (especifique):

##### C. Distribución del plan de atención

*El plan de atención debe ser distribuido a la persona, a su tutor legal (si lo tiene), y a todos los proveedores de BH HCBS para adultos al menos cada año y cuando se haga alguna modificación significativa después de un evento en su vida.*

Nombre y agencia (si aplica)	¿Consentimiento en el expediente? (S/N)	Fecha de envío	Firma o iniciales del gestor de caso

**Anexo al plan de atención: Plan de prevención de crisis**

Nombre de la persona:  
CIN de Medicaid:  
Elegibilidad para BH HCBS:

Fecha de nacimiento:  
Plan de salud y recuperación:  
ID de miembro de HARP:  
Hogar de salud principal:

*Instrucciones para el coordinador de atención: Este formulario debe revisarse y actualizarse al menos una vez al año, en coordinación con la revisión del plan de atención. También debe revisarse y actualizarse después de cualquier evento significativo en la vida. Si la persona ya tiene un plan de prevención de crisis o un plan de prevención de recaídas (WRAP), puede adjuntar una copia del mismo en vez de llenar este formulario. Aún así es importante que revise ese plan con la persona en los mismos intervalos.*

**El propósito del plan de prevención de crisis es ayudarle a determinar maneras de prevenir una crisis de salud conductual. Prevenir una crisis le ayuda a seguir avanzando hacia sus objetivos de vida. Es importante que el plan se base en sus preferencias y necesidades personales, y que tome en cuenta los factores culturales, religiosos o étnicos. El plan es algo en lo que usted y su coordinador de atención trabajan juntos. Este plan puede compartirse con otros, de acuerdo con sus preferencias. Quizá sea conveniente que delegue a alguien en su vida para que sea su agente para cuidado de la salud, o que elabore otro tipo de directiva médica por adelantado.**

**1. ¿A qué desencadenantes o problemas debe estar atento?**

*Estos son los desencadenantes y síntomas que le causan más molestias, que le dificultan más el manejo de sus actividades cotidianas y el trabajo para alcanzar sus objetivos personales. Algunos ejemplos pueden ser síntomas específicos, conflictos con sus familiares o amigos, presiones financieras, inestabilidad en la vivienda, cambios en sus medicamentos, etc.*

**2. ¿Cuáles son las señales de advertencia temprana de que sus síntomas de salud conductual están aumentando?**

*Estos son los primeros cambios que nota cuando sus problemas de salud conductual están empeorando. Algunos ejemplos pueden ser: antojos, problemas para dormir, incomodidad o nerviosismo al estar con gente, dificultad para concentrarse, que otras personas expresen preocupación por su salud mental, y sentimientos de tristeza o preocupación.*

**3. ¿Cuáles son algunas medidas que puede tomar para afrontar el estrés o sus desencadenantes?**

*Reflexione en lo que ha funcionado antes para usted y para otras personas. ¿Qué habilidades de afrontamiento o solución de problemas son más eficaces para usted? Algunos ejemplos pueden ser: leer, ver televisión, escribir en un diario, asistir a un grupo de autoayuda, practicar respiración profunda y relajación muscular, salir de la casa, llamar a un amigo, etc.*

**4. ¿A quiénes puede llamar si empieza a sentir los síntomas de advertencia temprana?**

*Identifique a las personas que pueden ayudarle antes de una crisis y durante ella. Escriba a continuación sus nombres y su información de contacto. Pueden ser apoyos naturales (amigos y familiares) y apoyos remunerados (coordinador de atención, terapeuta, etc.).*

**Anexo al plan de atención: Plan de respaldo**

Nombre de la persona:  
CIN de Medicaid:  
Elegibilidad para BH HCBS:

Fecha de nacimiento:  
Plan de salud y recuperación:  
ID de miembro de HARP:  
Hogar de salud principal:

*Instrucciones para el coordinador de atención: Este formulario debe revisarse y actualizarse al menos una vez al año, en coordinación con la revisión del plan de atención. También debe revisarse y actualizarse después de cualquier evento significativo en la vida.*

**El objetivo de este plan de respaldo es ayudarle en caso de una situación de emergencia, o si no tiene disponible un apoyo o servicio programado regularmente.**

**En caso de una emergencia, llame de inmediato al 911.**

**Es importante que hable con sus proveedores de servicios, incluyendo a sus proveedores de HCBS, sobre su disponibilidad y sus horarios. Tener un plan de respaldo significa que sabrá qué hacer y a quiénes llamar si su proveedor no puede reunirse con usted.**

<b>Proveedor de servicios</b>	<b>¿A quién puedo llamar?</b> <i>(Por ejemplo, supervisor de turno de la agencia, familiar o amigo, padrino, coordinador de atención)</i>	<b>Número de teléfono</b>

**Anexo al plan de atención: Plan de servicio individualizado de BH HCBS**

Nombre de la persona:  
CIN de Medicaid:  
Elegibilidad para BH HCBS:

Fecha de nacimiento:  
Plan de salud y recuperación:  
ID de miembro de HARP:  
Hogar de salud principal:

*Este documento es contestado por cada proveedor de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Salud Conductual. Adjuntarlo al plan de atención ayuda a integrar y coordinar los servicios y es importante para cumplir los requisitos de CMS.*

**Fecha de elaboración del ISP:**

**Información sobre servicios específicos**

**BH HCBS para adultos:**  
**Proveedor:**  
**Contacto en la agencia proveedora:**  
**Contacto alternativo:**  
**Dirección del proveedor:**  
**Frecuencia y duración:**

**Objetivo de vida individualizado y resultados previstos**

*La siguiente información debe tomarse del plan de atención. El objetivo de vida de la persona es un objetivo personalizado que se relaciona con la manera en que la persona quiere vivir, trabajar, aprender o socializar. Una persona puede tener más de un objetivo de vida. Escriba la declaración de objetivo usando el lenguaje de la persona. Los "resultados previstos" deben establecer los resultados que se lograrán en el entorno de servicio individualizado, como resultado del trabajo realizado por la persona para alcanzar el objetivo y del apoyo provisto por apoyos remunerados y no remunerados. Debe haber por lo menos un resultado previsto por cada servicio basado en el hogar y la comunidad.*

**Dominio de objetivo de vida:** Vivir Trabajar Aprender Socializar

**Objetivo:\***

**Fortalezas, talentos, recursos y capacidades**

*Usando información del plan de atención, de la evaluación de ingreso específica del servicio y de la retroalimentación de la persona y sus familiares, describa las fortalezas, los talentos, los recursos y las capacidades de la persona en lo referente a alcanzar el objetivo.*

**Obstáculos para la salud conductual y nivel de apoyo**

*Usando información del plan de atención, de la evaluación de ingreso específica del servicio y de la retroalimentación de la persona y sus familiares, describa los obstáculos y las necesidades de salud conductual que se relacionan con alcanzar el objetivo. Describa el nivel de apoyo que se necesitará para alcanzar los resultados previstos (por ejemplo, que el personal ponga el ejemplo, juegos de rol, supervisión, instrucción, etc.).*

**Objetivos y alcance de los HCBS**

*Documentar los objetivos mensurables de los HCBS que ayudarán a la persona a avanzar hacia su objetivo y sus resultados previstos. Describa el alcance de los servicios (intervenciones y actividades del personal) que apoyarán el logro de los objetivos.*

<b>Objetivos de los HCBS</b>	<b>Alcance de los HCBS (Componentes del servicio/ Intervenciones/ Modalidad)</b>

**Firmas**

Firma de la persona que recibe servicios: \_\_\_\_\_ Fecha:

Firma del proveedor de servicios de BH HCBS para adultos: \_\_\_\_\_ Fecha:

Firma, acreditaciones  
(si aplican) y puesto

**Anexo al plan de atención: Modificaciones basadas en la evaluación de riesgos**

Nombre de la persona:  
CIN de Medicaid:  
Elegibilidad para BH HCBS:

Fecha de nacimiento:  
Plan de salud y recuperación:  
ID de miembro de HARP:  
Hogar de salud principal:

*Este documento es contestado por el coordinador de atención cuando las opciones de una persona se han limitado o restringido de alguna manera debido a un riesgo evaluado.*

Para algunas personas, los entornos basados en el hogar y la comunidad pueden representar un mayor riesgo de causarse daños o sí mismas o a otras personas. Esta herramienta ayudará a los coordinadores de atención a ayudar a personas con necesidades complejas a vivir en el entorno menos restrictivo. Algunos ejemplos de limitaciones o restricciones a las opciones de una persona pueden incluir, entre otros: restricciones en el acceso a alimentos, horario de visitas residenciales, incapacidad para entrar y salir libremente, etc.

**1. Describa con detalle las modificaciones basadas en riesgos.**

**2. Documente la necesidad evaluada de manera específica e individual.**

**3. Documente los apoyos positivos y las intervenciones usadas previamente que no sirvieron para satisfacer la necesidad.**

**4. Documente los métodos menos invasivos que se usaron previamente y que no tuvieron éxito.**

**5. Describa el trastorno relacionado con la necesidad o el riesgo específico.**

**6. Describa el método de recolección de datos a usar para monitorear la eficacia de la modificación.**

**7. Documente los límites de tiempo establecidos para revisiones periódicas, con el fin de determinar si la modificación aún es necesaria o si puede cancelarse.**

**8. ¿Las intervenciones y los apoyos causarán algún perjuicio a la persona? (El coordinador de atención debe dar garantías de que las intervenciones y apoyos no causarán perjuicios a la persona)**

Sí      No

*Con mi firma al calce declaro que la persona ha recibido la oportunidad de tomar una decisión informada sobre las limitaciones y restricciones antes descritas, y que la persona está de acuerdo con las modificaciones y los apoyos que se requieren para abordar sus riesgos y necesidades evaluadas.*

Firma de la persona que recibe servicios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor / representante legal (si lo tiene): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del coordinador de atención: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_